Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. K. Bonhoeffer)

Zur Frage der traumatisch bedingten Halluzinose

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Vorgelegt von
Werner Ihle
aus Wuppertal-Barmen

Tag der Promotion: 28. Juni 1934

Buchdruckerei Hanns Michel, Berlin NW 7, Marienstraße 11

400

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

*

Dekan: Prof. Dr. med. Hermann Gocht
Referent: Geheimrat Prof. Dr. med. Karl Bonhoeffer

Zur Frage der traumatisch bedingten Halluzinose

Als seltnere Formen der symptomatischen Reaktionstypen führt Bonhoeffer (1,2) gewisse Halluzinosebilder an, welche die größte Aehnlichkeit mit der akuten Halluzinose Wernickes (3,4) aufweisen. Das Grundsymptom aller übrigen symptomatischen Psychosen, die Bewußtseinstrübung, fehlt hier oft ganz oder ist nur angedeutet; die zeitliche und örtliche Orientierung ist erhalten; das Krankheitsbild ist charakterisiert durch vorwiegend akustische, aber auch optische Sinnestäuschungen, ferner durch große Angst, Beeinträchtigungs-, bisweilen aber auch Größenideen. Wichtig ist im Gegensatz zum Delir die Neigung zu rascher Systematisierung der Wahnideen.

Derartige Krankheitsbilder wurden nicht nur bei Alkoholikern, sondern nach den verschiedenartigsten Infektionen und Intoxikationen beobachtet.

Ich möchte nun im Folgenden über einen Fall von akuter Halluzinose berichten, der allem Anschein nach mit einer Commotio cerebri in ursächlicher Beziehung gestanden hat.

Es handelt sich um einen 75 Jahre alten Kleinrentner, H. Sch. Aus Berichten von Bekannten und Verwandten des Patienten geht hervor, daß er nie gern Alkohol zu sich genommen hat; bei Versammlungen usw. hat er meist Kaffee getrunken. Er hat früher ein kleines Manufakturwarengeschäft betrieben, das er vor 10 Jahren aufgab. Seitdem lebte er als Rentner; nach der Inflation mußte er sich durch Nähen von Berufshemden seinen Unterhalt verdienen. Der Patient hat in beruflichen Dingen nie großen Unternehmungsgeist gezeigt. Er war aber sehr lebenslustig, arrangierte heitere Vergnügungsfahrten und Aehnliches. Er reiste viel, aber nie allein; es mußte immer ein ganzer Kreis von Bekannten um ihn sein. Ueberall war er beliebt; er nahm sich der Leute an, besorgte alles für sie und war seit langer Zeit unter dem

Namen „Onkel“ bekannt. Er war Ehrenmitglied des Radfahrbundes und außerdem in allen möglichen Vereinen und „Deputationen“. Ein Redner war er nicht, in Versammlungen hat er nie an der Diskussion teilgenommen, war aber nach der Beschlußfassung immer derjenige, den man mit der Durchführung der Beschlüsse betraute. Der Patient war verheiratet gewesen. Die Ehe soll kurz, aber glücklich gewesen sein; die Frau ist schon vor Jahrzehnten gestorben. Er hatte keine Kinder. Ein zweites Mal hat er nicht geheiratet. Ueber seine Stellung zu sexuellen Dingen ist nichts bekannt, er soll nie gezotet haben. Für sich selbst war er immer bedürfnislos, er lebte auf seinem eignen Grundstück und kam wenig mit anderen Menschen zusammen, soweit nicht ein besonderer Anlaß zu geselligen Veranstaltungen vorlag. Intime Freunde hat er nicht gehabt. Uebereinstimmend geben seine Bekannten an, daß er immer sehr offenherzig gewesen sei, niemals Mißtrauen gezeigt und nie über andere schlecht geredet habe. Auch in letzter Zeit hat man keinerlei Veränderungen an seinem Wesen bemerkt; bis zuletzt war er „ganz der Alte“, wie vor dreißig Jahren.

Am 10. 11. 1928 erlitt der Patient einen Unfall. Er wurde von einer Straßenbahn angefahren und geriet unter den Wagen, den der Führer sofort anhielt. Der Verunglückte wurde bewußtlos, mußte sofort erbrechen. Er wurde im Krankenauto zur Chirurgischen Klinik der Charité gefahren.

Bei der Ankunft hat der Patient das Bewußtsein wiedererlangt, kann aber nicht angeben, wie der Unfall geschah. In der linken Parietalgegend befindet sich eine 10 cm lange, bogenförmige Hautwunde. Die rechte Hand zeigt Hautabschürfungen. Rechts lateral vom Sternum ist Rippenkrepitation zu fühlen. Blutungen aus Nase, Mund und Ohren sind nicht festzustellen. Die Pupillen sind gleichweit, reagieren auf Licht und bei Convergenz. Puls 70, Temperatur 35,6. Innere Organe o. B..

Die Wundränder werden exzidiert, die Wunde genäht.

Der Patient hatte bis zum 14. 11. keine Stuhlentleerung. Am 13. 11. steigt die Temperatur auf 37,5; am 14. 11. geht sie morgens auf 38,1 herauf und fällt dann am selben Tag im Anschluß an Stuhlentleerung wieder auf 36,7.

Am 14. 11. spricht das Krankenblatt der Chirurgischen Klinik von einem „Verwirrungszustand“. Der Patient behauptet, sein Bettnachbar, I., wolle ihn fotografieren, als ob er ein Verbrecher wäre. Ferner wolle dieser I. Geld sammeln, um einen Artikel gegen ihn in die Zeitung zu bringen. Der Patient ist dabei zeitlich und örtlich orientiert.

Am folgenden Tag (15. 11.) wird er zur Psychiatrischen Klinik der Charité gebracht und im Wachsaal aufgenommen. Bei der Ankunft ist er ganz attent, gibt prompt und sinngemäß Auskunft. Er neigt zu weitschweifigen Erklärungen, „wie alles kam", und bringt dabei viele Einzelheiten: er habe sich für das Radfahren interessiert, habe verschiedene Vereine mitbegründet. Er spricht ausführlich von seinen Bekannten.

Der Patient weiß genau, wann er nach Berlin kam, nämlich am 10. 11., gibt aber an, es sei heute Mittwoch, der 14. (in Wirklichkeit ist es Donnerstag, der 15.). Er ist örtlich soweit orientiert, daß er sich in einer Klinik befindet, kann den Namen aber nicht angeben. Danach habe er nicht gefragt, hier sei wohl „dasselbe wie drüben".

Der Patient erzählt, er sei zur Automobilausstellung nach Berlin gekommen und vom Potsdamer Bahnhof in ein Hotel gegangen. Er reproduziert dann in allen Einzelheiten, wie er den 10. 11. verbrachte. Am Leipziger Platz habe er sich um 17 Uhr von Bekannten verabschiedet. Er weiß noch, daß er dann an der Bellevuestraße vorbeikam. Hier bricht die Erinnerung plötzlich ab. Dann entsinnt er sich, daß jemand sagte: „Vorsichtig, vorsichtig — Feuerwehr — der liegt ja unter den Rädern". Dunkel erinnere er sich an den Transport, „wohl im Krankenwagen". Er hörte da: „Nach der Charité". In großen Zügen kann er die Vorgänge der Aufnahme, des Auskleidens und der Untersuchung wiedergeben. Dann sei der Kopf verbunden „und wohl auch genäht" worden; er wisse allerdings nicht genau, ob das in Narkose geschehen sei.

Nach den Ereignissen der folgenden Tage gefragt, erzählt er: „Da lagen Leute, die sehr ungezogen waren und deren Aeußerungen mir garnicht gefielen. Die sagten, ich sei auf Raub ausgegangen, auf Männerraub. Auch der untersuchende Arzt sagte, der Geschlechtsteil sei nicht in Ordnung". Alle hätten wohl geglaubt, daß er nach Männern herumschweife; das hätte er aus den Unterhaltungen entnommen: „Mit dem ist ja auch nichts los, der wird schon wissen, wo das herrührt". Zur ärztlichen Untersuchung habe sich ein Invalide herangedrängt und gesagt: „Der ist ja geschlechtskrank". Dieser Invalide, mit Namen I., habe sich dann mit allen anderen in Verbindung gesetzt, dauernd geschürt und schlecht über ihn geredet. Ihm sei es unerklärlich, was der I. eigentlich für ein Interesse an der Sache habe; er habe ihm doch keinerlei Veranlassung zur Feindschaft gegeben.

Man habe ihn auch fotografieren wollen, vielleicht es sogar getan; denn gestern seien schon Postkarten von ihm zum Verkauf angeboten worden. Er habe den Fotografen gesehen, der die Bilder vervielfältigte, und auch den Apparat, mit dem man ihn aufgenommen habe. — Alle Patienten hätten dauernd „von seiner Sache" gesprochen; er könne sich nicht erklären, was damit gemeint gewesen sei. Fünf oder sechs Personen wären von Bett zu Bett gegangen und hätten Geld gesammelt, um gegen ihn gerichtete Annoncen in die Zeitung zu bringen. I. hätte es übernommen gehabt, einen Artikel gegen ihn zu schreiben, der in der Illustrierten, der Morgenpost und anderen Blättern erscheinen sollte. Am Montag (12. 11.) sei ein Zeitungsverkäufer gekommen, von dem I. sich verschiedene Zeitungen geben ließ, um zu sehen, ob der Artikel schon erschienen wäre. Von hier aus sei auch die Zeitungsnotiz über seinen Unfall an die Blätter seines Wohnortes Aschersleben berichtet worden, er wisse aber nicht, von wem. — Man habe mit groben Schimpfworten über ihn gesprochen: „Solche alten Kerle sollten sich vorsehen", und dergleichen mehr. Drüben (in der Chirurgischen Klinik) seien auch unzüchtige Dinge passiert: man habe Frauen hereingeholt und ihnen Blätter aufgelegt, die wie Geschlechtsteile von Frauenspersonen aussahen.

Heute habe man drüben wieder eine Aufnahme von ihm machen wollen, er habe sich aber schnell das Gesicht bedeckt. Er hörte Aeußerungen, wie: „Wo ist die Kamera — hast du sie mitgebracht? — wo kauft man so etwas? — mache schnell die Aufnahme" usw..

Seine ganzen Korrespondenzen aus Aschersleben habe man kommen lassen, vielleicht durch einen Kriminalbeamten. Er habe die Namen von Leuten vorlesen hören, von denen er Briefe besitzt. Ausführlich sei beschrieben worden, wie seine Wohnung aussehe.

In dieser Klinik habe er vorläufig noch nichts bemerkt; zu den Herren hier habe er Vertrauen.

Der Patient lehnt jede Korrektur seiner Erlebnisse ab, lächelt: „Das habe ich doch alles genau gehört, ich habe doch die Namen wiedererkannt". Der Kranke neigt dazu, die jetzige Situation zu mißdeuten: das sei doch ein Verhör; er wisse allerdings nicht, zu welchem Zweck. „Vielleicht wollen Sie Auskunft über meine Person und mein Treiben haben".

Er ist über seine Erlebnisse erstaunt, betont mehrfach, er sei ein ehrlicher, anständiger Mensch; ihm könne man

nichts nachsagen. Er bittet, man solle ihm doch glauben, man solle sich über ihn erkundigen. Er selbst werde auch „Schritte unternehmen"; er werde sich nach Aschersleben wenden, wer dort seine Post herausgegeben habe. Er müsse ja das Schlimmste befürchten und wundere sich, wie man ihm das antun könne. Er sehe doch keinen Grund dafür. Nicht in ein Krankenhaus, sondern in eine Räuberhöhle sei er geraten.

Trotz der vielfachen Betonung der Realität seiner Erlebnisse zeigt der Patient affektiv nur matte Stellungnahme zu ihnen. Gelegentlich neigt er sogar zu Scherzen.

Jetzt sind keine spontanen Sinnestäuschungen vorhanden, auch ist der Patient auf keinem Sinnesgebiet suggestibel. Die Merkfähigkeit ist ausreichend; er rechnet langsam, aber richtig. Seine Kombinationsleistungen sind gleichfalls ausreichend. — Aus seiner Vorgeschichte macht er sinngemäße und chronologisch sichere Angaben.

Befund am 15. 11. 1928:

Kleiner, stark adipöser Mann mit verbundenem Kopf.
Pupillen: zentrisch gelegen, rund, r. = l.
Lichtreaktion: + r. = l.
Convergenzreaktion: + r. = l.
Augenbewegungen: frei, kein Nystagmus.
Cornealreflex: + r. = l.
Trigeminus: sensibel und motorisch o. B.
Facialis: o. B.
Zunge: frei beweglich, weicht eine Spur nach rechts ab.
Gaumensegel: o. B.

Obere Extremität:	Tonus:	o. B.
	Trophik:	o. B.
	Motilität:	o. B.
	Tricepsreflex:	+ r. = l.
	Radiusperiostreflex	+ r. = l.
	Der rechte Handrücken ist verbunden.	
	Sensibilität:	intakt
	Koordination:	intakt
Untere Extremität:	Tonus:	o. B.
	Trophik:	o. B.
	Motilität:	o. B.
	Patellarreflex:	schwach, r. = l.
	Achillesreflex:	schwach, r. = l.

Beide großen Zehen stehen in Dorsalflektion.
Babinski: beiderseits anscheinend +.
Oppenheim: l. +, r. —.
Sonst keine pathologischen Reflexe.
Sensibilität: intakt
Koordination: intakt

Herz: quergelagert, systolisches Geräusch über allen Ostien.

Blutdruck: 160/95.

Lungen: diffuse bronchitische Geräusche.

Leber: drei Querfinger unter dem Rippenbogen.

Leib: meteoristisch aufgetrieben. Nur der untere Bauchdeckenreflex ist auslösbar.
Cremasterreflex: + r. = l.

Weiterer Verlauf:

20. 11.:
Seit gestern ist die Obstipation behoben. Dadurch ist die Atemtätigkeit subjektiv wesentlich erleichtert. Ueber beiden Unterlappen hat sich nach der anfänglichen Hypostase ein Transsudat gebildet, das durch Punktion abgelassen wird. Der Patient erhält Herzmittel.

23. 11.:
Der Patient hält an seinen Erlebnissen fest, gibt aber für einzelne der damaligen Aeßerungen zu, daß sie auf „Täuschung und Angst" beruhen könnten, z. B. die Angabe, daß er fotografiert worden sei. „Aber, das ist doch selbstverständlich, daß man durch solche gewissenlose Menschen in Aufregung versetzt wird". Der Patient ist auffallend mürrisch und abweisend, sobald von seinen Erlebnissen geredet wird. Er fragt, ob schon etwas in der Zeitung gestanden habe, und er Ansprüche auf Schadenersatz stellen könne.

28. 11.:
Das Transsudat hat sich neu gebildet. Die Herztätigkeit hat sich — infolge des Einflusses der Cardiaca — nicht verschlechtert. Neurologisch (im Gegensatz zum Befund am 15. 11.): Bauchdeckenreflex jetzt dauernd links positiv, rechts nicht auslösbar. Babinski beiderseits positiv, Oppenheim rechts positiv, links negativ.
Das psychische Verhalten des Patienten ist seit der Verlegung im wesentlichen unverändert. Er berichtet spontan über Vorkommnisse in Aschersleben. Dabei zeigt er sich gut orientiert und bei voller Kritik.

5. 12.:

Internistischer Befund: Die Herztätigkeit hat sich derart gebessert, daß die weitere Darreichung von Cardiaca nicht mehr nötig erscheint. Lediglich Diuretin soll weiter verabreicht werden. Von seiten der Lungen sind z. Z. keine Störungen vorhanden. Das Transsudat hat sich fast völlig zurückgebildet. Es besteht keine internistische Indikation für klinische Weiterbehandlung mehr. **Psychisch:** Der Patient trägt ein ruhiges, unauffälliges Wesen zur Schau, ist gut orientiert. Er hält an den alten Wahnvorstellungen fest, produziert jedoch keine neuen mehr. Er schläft viel.

12. 12.:

Im Interesse der Vertiefung seiner Atmung soll der Patient täglich aufstehen. Er tut dies sehr ungern, liegt am liebsten im Bett, schläft oder träumt vor sich hin. Er produziert keine neuen Wahnbilder, ohne jedoch die alten aufzugeben. Im Mittelpunkt seines Interesses steht die Obstipation, an der er leidet. Er drängt darauf, möglichst bald aus der Klinik entlassen zu werden. Der klinische Befund ist unverändert.

24. 12.:

Der Patient liegt dauernd in benommenem Zustand im Bett. Er reagiert nur schwach auf äußere Reize. Die Sprache ist undeutlich, nicht verständlich. Seine Bewegungen sind langsam und schwerfällig. Er nimmt wenig zu sich, nur flüssige Kost, und verschluckt sich viel. Es tritt hochgradige Atemnot und Akrozyanose ein. Er verfällt zusehends.

26. 12.:

Exitus letalis.

Sektionsbefund:

Schädeldach o. B.. Alte, nicht verheilte Frakturen der 3. bis 9. Rippe rechts in der hinteren Axillarlinie. Keine Callusbildung. Starke Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach. Geringgradige Verwachsung der Pia an der Konvexität. Starke Atherosklerose der Hirnbasisschlagader. Mäßig starke Lipoidsklerose der Kranzgefäße des Herzens. Ausgedehnte lipoidsklerotische Flecke im vorderen Mitralsegel. Sklerose des Annulus fibrosus. Starke Sklerose der Aortenklappen. Ganz geringe Atherosklerose der Aorta ascendens, stärkere des Aortenbogens und der absteigenden Brust- und Bauchaorta mit wenig Geschwürsbildung. Feine Granulierung beider

Nieren. Hypertrophie der linken Herzkammer. Geringgradige Pulmonalsklerose. Totaler Kollaps des rechten Lungenunterlappens. In der rechten Pleurahöhle 2500 ccm blutige Flüssigkeit. Hypertrophie des rechten Ventrikels. Starke eitrige Bronchitis des rechten Lungenunterlappens, weniger starke des linken Unterlappens, mit Bronchiektasien. Vereinzelte kleine pneumonische Herde in beiden Lungen. Starke flächenhafte Pleuraverwachsungen über dem rechten Lungenoberlappen. Kleinapfelgroße, knotige Hypertrophie der Prostata. Erweiterung der Harnblase mit ausgesprochener Balkenbildung. Senile Atrophie der Milz.

Mikroskopisch fand sich eine Atrophie der Rinde beider Schläfen- und Stirnlappen.

Zusammenfassend sehen wir also bei einem bisher völlig geistesgesunden 75jährigen Mann von leicht hypomanischer Konstitution, bei dem Alkoholabusus nicht in Frage kommt, drei bis vier Tage nach einer Gehirnerschütterung, die zu Bewußtlosigkeit, Erbrechen und Amnesie für den Unfall geführt hatte, ein Krankheitsbild auftreten, das im wesentlichen dem Bild einer akuten Halluzinose entspricht. Der genaue Zeitpunkt des Beginns der psychischen Erscheinungen ist aus dem Krankenblatt der Chirurgischen Klinik nicht mit Sicherheit festzustellen. Der Patient hat zahlreiche Gehörstäuschungen; er hört Stimmen von Leuten, die ihn beschimpfen, die etwas gegen ihn im Schilde führen. Es scheint sich dabei zum großen Teil nicht um echte Halluzinationen, sondern wohl vorwiegend um illusionäre Mißdeutungen gehandelt zu haben, die auch auf optischem Gebiet in Erscheinung traten. Der Angstaffekt steht nicht so sehr im Vordergrund, gelegentlich kommt sogar eine leicht euphorische Stimmungslage zum Ausdruck, aber es bildet sich ein ausgesprochener Beeinträchtigungswahn mit rasch entwickelter Systematisierung. Der Patient zeigt keine groben Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung, neigt indes gelegentlich zu ängstlicher Mißdeutung derSituation. Es besteht keine retrograde Amnesie. Die Sinnestäuschungen und Wahnbildungen dauern nur wenige Tage, im weiteren Verlauf treten keine neuen Halluzinationen und Wahnbilder mehr auf. Zur Zeit der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik hält der Patient an den alten Wahnbildern fest, ebenso an der Echtheit seiner Erlebnisse. Nur für einige derselben gibt er zu, daß er sich getäuscht haben könnte und sie vielleicht auf seiner Angst beruhten.

Späterhin verschlimmern sich die körperlichen Krankheitserscheinungen; zur Korrektur der psychotischen Erlebnisse kommt es nicht. Sieben Wochen nach dem Unfall erfolgt der Tod durch Herzschwäche.

Betrachten wir nun das psychische Bild, so entspricht es in seiner Symptomatologie und Verlaufsdauer im wesentlichen dem einer Alkoholhalluzinose. Wenn auch bei dieser häufig die angstvollen Sinnestäuschungen das Krankheitsbild beherrschen, so gibt es doch genug Fälle, in denen die Angst mit einer Art stumpfer Resignation gemischt ist, oder sogar ein benommen euphorisches Bild besteht (5).

Es erhebt sich nun die Frage, welche Rolle das Trauma in der Aetiologie dieses Krankheitsbildes gespielt hat.

Es ist bekannt, daß dort, wo es nach Schädelverletzungen bzw. nach Erschütterungen des Gehirns zum Auftreten einer Psychose kommt, diese im allgemeinen als die sogenannte Kommotionspsychose in Erscheinung tritt, für die nach Kalberlah (7) das Bild des Korsakowschen Symptomenkomplexes typisch ist, bei der aber häufig im Anschluß an die initiale Bewußtlosigkeit auch Delirien vorkommen (8, 9). In einer geringeren Anzahl von Fällen treten auch andere Psychosen als Folgeerscheinungen von Hirnverletzungen auf. B. Pfeifer (8) spricht in diesem Zusammenhang von den psychischen Störungen infolge lokaler Hirnkontusion, insbesondere den katatonieartigen Symptomen nach Hirnverletzungen, den hysterischen und epileptischen Geistesstörungen, sowie den Störungen des Gemütslebens und der Herabsetzung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit im Residuärstadium. Er hält es für fraglich, ob außer den genannten noch andere traumatische Psychosen vorkämen. Er erwähnt dabei u. a. kurz einen Fall, in dem bei einem weder durch Erblichkeit noch durch Alkohol belasteten Manne nach einer rechtsseitigen Stirnhirnverletzung eine Psychose vom Typ der akuten Halluzinose aufgetreten sei.

Sechs Wochen nach der Verletzung hatte dieser Patient plötzlich Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen und setzte sich mit dem Taschenmesser gegen vermeintliche Verfolger zur Wehr. Auch später litt er noch unter Beeinträchtigungsideen; er meinte, die Leute auf der Straße sähen ihn so merkwürdig an und äußerten sich abfällig über ihn.

Dieser Fall erweist sich nun bei näherer Betrachtung, wie Herr Professor Pfeifer auch persönlich schrieb, als „keine akute Halluzinose im sonst üblichen Sinn, sondern vielmehr als traumatischer Dämmerzustand mit Angst und Verfol-

gungsideen, der unter dem Bild einer akuten Halluzinose verlief."

Die exogenen Reaktionstypen sind ja Erkrankungsformen, die durch viele Zwischenstufen und Uebergänge miteinander verbunden sind. Für die Halluzinose ist, wie eingangs festgestellt wurde, die erhaltene Orientierung und die geringe Ausbildung der Bewußtseinstrübung charakteristisch. Tritt die Bewußtseinstrübung stärker in Erscheinung, ist die Orientierung aufgehoben, so sehen wir entweder das Bild des Dämmerzustandes vor uns, oder bei stürmischer verlaufenden Halluzinationen und tiefer greifender Bewußtseinsstörung das des Delirs.

Diese Ueberlegung hat mir Veranlassung gegeben, die Krankengeschichten der Psychiatrischen Klinik der Charité aus den letzten zwei Jahrzehnten, soweit sie traumatische Psychosen betreffen, durchzusehn.

Unter 51 Fällen von Commotio cerebri, die zu einer Psychose führten, wurde in 19 Fällen das Krankheitsbild durch den Korsakowschen Symptomenkomplex beherrscht; hiervon war in einem Fall Lues, in einem anderen Alkoholabusus in der Anamnese. In 12 Fällen herrschte das Bild des Delirs vor; davon kam in 4 Fällen Alkoholabusus in Frage. 9 Fälle traten als Dämmerzustand in Erscheinung. In 6 Fällen wurden nach Commotio psychisch-emotionelle Schwächezustände beobachtet. In einem Fall traten bei einem Luetiker nach Commotio neben neurologischen Erscheinungen Wahnideen, Angst und Stimmen auf. In einem anderen wurde durch die Commotio bei Manisch-Depressiven eine depressive Phase ausgelöst. In einem dritten Fall trat bei einem Luetiker nach Commotio ein manisches Bild auf. Einmal wurde Demenz als Folgezustand einer Commotio beobachtet. Nur ein Fall hatte, außer dem oben ausführlich geschilderten, eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Halluzinosebild.

Es handelt sich um den 60jährigen Hauseigentümer K. W., der am 19. 1. 1914 unter eine Straßenbahn geriet, von der er mitgeschleift wurde. Man brachte ihn mit einer Wunde an der rechten Kopfseite in die Chirurgische Klinik, aus der er eine Woche später in die Psychiatrische Klinik verlegt wurde. Leider erfahren wir aus dem Krankenblatt der Chirurgischen Klinik nichts über die psychischen Symptome, die er zuerst dargeboten hat. Nach der Verlegung ist er zeitlich gut orientiert. Er meint, der Arzt veranlasse alles Schlechte gegen ihn; er gibt keine weiteren Erklärungen und verhält sich sehr ablehnend. Er äußert: „Lieber soll man mich gleich totschlagen, ich habe doch nichts getan; jetzt

sprechen Alle Dinge, die nicht wahr sind. Ich habe mein Geld doch ehrlich erworben".

Da der Patient nach wenigen Tagen auf Wunsch der Ehefrau entlassen wurde, ist leider nichts näheres über ihn angegeben.

Untersuchen wir nun, was für ätiologische Faktoren außer dem Trauma für die in dem eingangs geschilderten Fall aufgetretene Psychose in Frage kommen. Aus der Anamnese geht mit Sicherheit hervor, daß Alkoholabusus bei der Entstehung der Psychose keine Rolle gespielt haben kann. Dagegen könnte man zunächst an eine andere Ursache denken, nämlich an die Arteriosklerose der Hirnbasisarterien und die senile Atrophie der Hirnrinde, die sich bei der Sektion herausgestellt hat. Nach Bumke (11) gibt es bei arteriosklerotischen Psychosen Fälle, die sich durch ängstliche Unruhe und Gehörshalluzinationen auszeichnen; ferner spricht er davon, daß auch paranoide Psychosen vorkämen. Dagegen wäre einzuwenden, daß bei Hirnarteriosklerose nicht so typisch verlaufende akute Halluzinosen beobachtet worden sind. Vielmehr stehen hier die Gedächtnisstörungen im Vordergrund, und es sind wohl auch meist Orientierungsstörungen vorhanden (12). Der Patient hat vor dem plötzlichen Ausbruch der Psychose offenbar keine psychischen Störungen gezeigt. Auch sind in den vierzig Tagen seines Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik (bis zu seinem Tode) keine psychischen Symptome einer Arteriosklerose bei ihm aufgetreten.

Daß arteriosklerotische Veränderungen des Gehirns als wesentlicher ätiologischer Faktor in Frage kommen, ist daher zum mindesten recht unwahrscheinlich. Man könnte höchstens annehmen, daß sie als auxiliäres Moment beim Zustandekommen der Psychose mitgewirkt haben.

Wenn wir weiterhin die Krankengeschichte nach ursächlichen Faktoren für die psychische Erkrankung durchsehen, so fallen die Störungen der Herztätigkeit ins Auge. Die Vorgeschichte sagt uns zwar nichts über eventuell schon früher vorhanden gewesene Dekompensationserscheinungen, doch wird gleich bei der Aufnahme ein systolisches Geräusch über allen Ostien und eine Lebervergrößerung festgestellt, und einige Tage später kommt es zu wiederholter Transsudatbildung in beiden Pleurahöhlen. Die zunehmende Herzschwäche führt dann nach vorübergehender Besserung ad exitum.

Nun ist es unbestreitbar, daß Herzkrankheiten bisweilen psychotische Zustände hervorrufen können, wenn auch nur in einer geringen Anzahl von Fällen (19). Das Wahrscheinlichste ist nach Bonhoeffer (13), daß es sich dabei um autotoxische, durch Kompensationsstörungen hervorgerufene Schädigungen handelt. Bumke (11) erwähnt als Psychosen durch Kompensationsstörungen u. a. auch Halluzinoseähnliche Bilder. Lewandowsky bemerkt in seinem Bericht über Saathoffs Arbeit: „Herzkrankheit und Psychose" (14), daß er bei Dekompensation mehrfach eine Krankheitsform beobachtet habe, die sich durch plötzlich auftretende, massenhafte, z. T. halluzinatorisch bedingte ängstliche Verfolgungsvorstellungen ohne wesentliche Desorientierung auszeichnete. Rosenfeld endlich (zitiert nach Jakob, 15) soll Fälle gesehen haben, in denen die psychischen Störungen den Kompensationsstörungen überhaupt vorausgingen. Nach alledem würde es sehr wohl möglich sein, diese Kompensationsstörungen für das Auftreten der Psychose verantwortlich zu machen. Dem steht aber entgegen, daß die Psychose sich als völlig unabhängig von dem Fortschreiten der Kompensationsstörungen gezeigt hat, während Fischer (16) und Jakob (15) gerade auf die enge Beziehung zu dem Sinken und Steigen der Zirkulationsstörung für die psychischen Erscheinungen hinwiesen, indem sie mit dem Schwinden der Oedeme bei ihren Fällen Besserung eintreten sahen; andererseits haben Ziehen, Bartels und Ascoli (zitiert nach 13) das Auftreten von Psychosen bei schneller Aufsaugung von Oedemen beobachtet. In jedem Fall also ist die Psychose abhängig von dem Verlauf der Kompensationsstörung; in unserem Fall aber zeigte sich keine derartige Beziehung, und daraus darf man wohl folgern, daß hier die Erkrankung des Herzens beziehungsweise die Dekompensation die Psychose wahrscheinlich nicht hervorgebracht hat, obwohl die Möglichkeit nicht geradezu abzulehnen ist.

Eine dritte Möglichkeit der ätiologischen Erklärung könnte man in der Obstipation erblicken, an welcher der Patient in den ersten vier Tagen seines Aufenthaltes in der Chirurgischen Klinik litt. Bonhoeffer (13) meint, daß nach Lage unserer Kenntnisse nicht ohne weiteres zu bestreiten sei, daß gelegentlich eine länger dauernde Obstipation unter besonderen Verhältnissen zu einer toxischen Psychose führen kann und verweist dabei auf die Fälle von Soelders und von Wagners, die dem Amentiatyp angehörten. Allerdings betont er auch, daß es sich dabei vorläufig lediglich um Hypothesen handele. —

Für diese Aetiologie würde der Umstand sprechen, daß der Patient tatsächlich zur Zeit des Ausbruchs der Psychose an Obstipation gelitten hat. Allerdings verzeichnet die Krankengeschichte eine Stuhlverstopfung vom Tage der Einlieferung (10. 11.) an bis zum Ausbruch der Psychose (14. 11.), also von nur 4 Tagen, und für die Erzeugung von psychischen Krankheitszuständen wird man doch wohl länger dauernde Obstipationen anzunehmen haben. Es könnte zwar die Obstipation auch vor der Einlieferung schon bestanden haben, obwohl das Krankenblatt darüber nichts sagt; immerhin wird eine Autointoxikation vom Darm her mit größter Wahrscheinlichkeit höchstens als unterstützendes Moment für das Auftreten der Psychose in Frage kommen.

Wie weit kann nun das Trauma mit der Psychose in ursächlichem Zusammenhang stehen? Berger (17) nennt fünf verschiedene ätiologische Beziehungen zwischen Trauma und Psychose:

1. Das Trauma ist die alleinige Ursache der Psychose.
2. Das Trauma bringt bei einem durch erbliche Anlage oder exogene Umstände für eine psychische Erkrankung Prädisponierten die Geisteskrankheit zum Ausbruch.
3. Das Trauma schafft Prädisposition für spätere psychische Erkrankungen, die erst bei Hinzutreten weiterer Schädlichkeiten in Erscheinung treten.
4. Das Trauma verschlimmert eine schon bestehende Psychose.
5. Das Trauma ist die Folge einer Psychose.

In unserem Fall kommen nur die ersten drei Beziehungen in Frage. Die Möglichkeit, daß das Trauma die einzige Ursache der Psychose gewesen ist, läßt sich nicht leugnen. Es ist jedoch viel wahrscheinlicher, daß das Trauma die Psychose bei einem Menschen zum Ausbruch gebracht hat, der durch exogene Umstände und vielleicht auch durch erbliche Anlage dazu disponiert war. Die exogenen Umstände sind ohne Weiteres gegeben in der Arteriosklerose, der Herzerkrankung und vielleicht auch der Autointoxikation vom Darm her; diese drei Faktoren mögen einen für das Entstehen einer Psychose günstigen Boden geschaffen haben. Außerdem aber kann man noch eine bestimmte angeborene Disposition annehmen, die es bei diesem Patienten nicht zu einer gewöhnlichen traumatischen Psychose, sondern zu einer Halluzinose kommen ließ. Auch für die Alkoholhalluzinose, die

ja viel seltener auftritt als das Delirium tremens, nahm Bonhoeffer (5) außer der auch für das Delir geltenden chronischen Intoxikation noch eine besondere Disposition der Hörsphäre an, einen in der Gehirnkonstitution liegenden individuellen Faktor. Nun scheint zwar nach neueren Untersuchungen (Pohlisch, 18) diese besondere Disposition, die sich in leichterer Ansprechbarkeit der Hörsphäre und in der Leichtigkeit des sprachlichen Ausdrucks sowie in guter stilistischer Gewandtheit zeigen sollte, in den Fällen von Alkoholhalluzinose keineswegs besonders häufig zu sein; doch wird man trotzdem bei der Annahme bleiben müssen, daß eine irgendwie geartete besondere Disposition bei den an Alkoholhalluzinose Erkrankenden besteht, wie dies ja auch Schröder (13) und ebenso Pohlisch (18) vermuten.

Auch in unserem Falle würde die Annahme einer solchen Disposition das Verständnis dafür erleichtern, daß bei dem Patienten eine Halluzinose auftrat, als offenbar ganz seltene Form der psychischen Reaktion auf ein Kopftrauma.

———

Literatur

1. Bonhoeffer: Zur Klassifikation der symptomatischen Psychosen. Berliner klin. Wochenschrift 1908.
2. Bonhoeffer: Alkohol-, Alkaloid- und andere Vergiftungspsychosen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1911, Bd. 8.
3. Wernicke: Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900.
4. P. Schröder: Ueber die Halluzinose und vom Halluzinieren. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1921, Bd. 49.
5. Bonhoeffer: Die alkoholischen Geistesstörungen. Deutsche Klinik, Bd. 6, 2. Abtl., 1906.
6. Bonhoeffer: Die Infektions- und Autointoxikationspsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 34.
7. Kalberlah: Ueber die akute Kommotionspsychose etc. Archiv f. Psych., 1904, Bd. 38.
8. Bumke: Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 7. Spezieller Teil. Teil 3.
9. Kölpin: Die psychischen Störungen nach Kopftraumen. Volkmanns Samml. klin. Vorträge. Nr. 418. Leipzig 1906.
10. Bonhoeffer: Die exogenen Reaktionstypen. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 58.
11. Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 3. Aufl. 1929.
12. Guttmann: Die Arteriosklerose des Gehirns und Rückenmarks. Klin. Wochenschrift, Jahrg. 6, Heft 38.
13. Aschaffenburg: Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil, 3. Abtl. 1. Hälfte. 1912.
14. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Ref. 1. 1910, Seite 153.
15. Jakob: Zur Symptomatologie etc. der Kreislaufpsychosen. Journal f. Psychol. u. Neurol. 1909. Bd. 14.
16. Fischer: Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 54.
17. Berger: Trauma und Psychose. Berlin. 1915.
18. Pohlisch: Zur Pathogenese der akuten Halluzinose der Trinker. Monatsschr. f. Psych. Bd. 63, 1927.
19. Stroomann: Ueber die psychotischen Störungen bei dekompensierten Herzkranken usw. Der Nervenarzt, 3. Jahrg. Heft 7. Seite 396.

———

Lebenslauf

Am 17. Januar 1908 wurde ich, Werner Ihle, in Wuppertal-Barmen als Sohn des Kaufmanns Georg Ihle und seiner Ehefrau Berta geb. Schmaeck geboren. Ich bin arischer Abstammung.

Nach dreijährigem Vorschulunterricht besuchte ich von Ostern 1917 an das humanistische Gymnasium zu Barmen, an dem ich Ostern 1926 die Reifeprüfung bestand. Anschließend widmete ich mich an der Universität München dem Studium der Medizin und bestand dort im Juli 1928 die ärztliche Vorprüfung. Hierauf studierte ich ununterbrochen an der Universität Berlin und bestand hier am 29. II. 1932 die ärztliche Staatsprüfung.

Mein Praktisches Jahr absolvierte ich vom 1. März 1932 bis 1. März 1933 an der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln zu Berlin und war dann vom 2. März bis 31. Mai 1933 als Hilfsarzt dort tätig. Anschließend vertrat ich mit kurzen Unterbrechungen verschiedene Kollegen in der freien Praxis in Stendal und Berlin.

———